

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA - CORE
SEPA Direct Debit MandateA cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: ES20000B98443682
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name
Soluciones DMD Levante S.L.

Dirección / Address
C/ San Roque, 96 B

Código postal – Población- Provincia / Postal Code – City - Town
46195 Llombai (Valencia)

País / Country
España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor / es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal – Población – Provincia / Postal Code- City- Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC *(puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 ur 11 characters)*

Número de cuenta – IBAN / Account number – IBAN

ES

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE CUENTA

Tipo de pago: Pago recurrente o Pago único
Type of payment *Recurrent payment* or *One-off payment*

Fecha – Localidad: _____
Date- Location in with you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE

Clausula Protección de Datos:

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que trataremos sus datos personales con la finalidad de:

Tareas administrativas y de gestión de cobros.

Los datos personales proporcionados se conservarán, mientras se mantenga la relación mercantil, no se solicite su supresión por el interesado o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales. La empresa NO tomará decisiones automatizadas. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal y los trataremos en base a su consentimiento.

Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercer los siguientes derechos sobre sus datos personales: derecho de acceso, rectificación, supresión u olvido, limitación, oposición, portabilidad y a retirar el consentimiento prestado, para ello podrá enviar un email a: info@dmdsoluciones.com

Datos identificativos del responsable: Soluciones DMD Levante S.L. con CIF B98443682 y teléfono 960963209